	PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL		
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCION DE USUARIOS DOMICILIARIOS		
	VERSION: 01	CODIGO: HV S 031	ELABORADO: COORDINACION: MAYO 2019 REVISADO Y APROBADO: GERENCIA MATO 2019

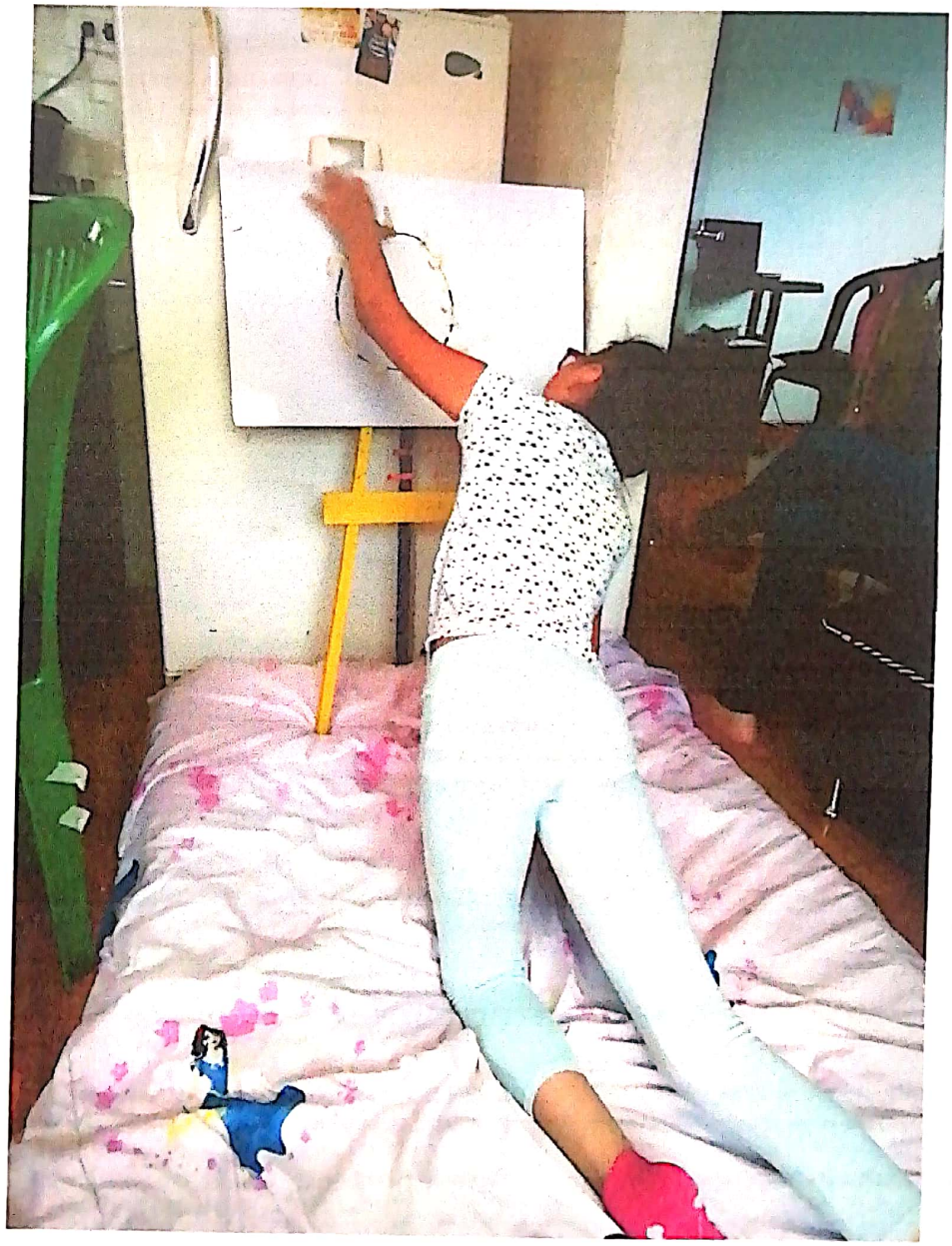
HOJA DE RUTA DIARIA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Yeiley Tatiana Ortega Martin.

DIRECCIÓN: Av. 11 # 9-38. TELÉFONO: 3132575301

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
14/09/2021	11:00 am	1073504235
15/09/2021	11:00 am	1073504235
16/09/2021	11:00 am	1073504235

REGISTRO FOTOGRAFICO	Humana Vital S.A.S NIT. 900.217.648-1
YIRLEY TATIANA ORTEGA MARTIN CC 1016016999	



HUMANA-VITAL S.A.S NIT 900217648-1

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, viernes, 24 de septiembre de 2021 11:42:13 **HISTORIA CLÍNICA FISIOTERAPIA No. 1.016.016.999**

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	YILIEY TATIANA ORTEGA MARTIN
Identificación	TI 1.016.016.999 Edad: 14 años, 6 meses y 11 días
Nacimiento	FUNZA (CUNDINAMARCA) martes, 13 de marzo de 2007
Residencia	FUNZA Dirección: CRA 11 # 9-38 Teléfono: 3132575301/3112136149
Ocupación	9998 - NO APLICA
Responsable	NO REFIERE Parentesco: NO REFIERE Teléfono: NO REFIERE
Acompañante	Parentesco: Teléfono:
Entidad	ALCALDÍA EPS: AL 001 - ALCALDÍA DE FUNZA Tipo afiliación: PARTICULAR
Estado civil: SOLTERO (G.S. y RH:) Religión: (Estrato:) Raza: (Etnia:)	Género: Femenino

FECHA CONSULTA: martes, 14 de septiembre de 2021 11:22:15 a. m. - EDAD: 14 años, 6 meses y 11 días
ANTECEDENTES
FAMILIARES: No refiere
HOSPITALARIOS: No refiere
QUIRÚRGICOS: pilorotomia, piloroplastia
TRAUMÁTICOS: No refiere
TOXICO ALÉRGICOS: No refiere
FARMACOLÓGICOS: No refiere
PATOLÓGICOS: hipoacusia, disminución de la visión

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente que ingresa al servicio de fisioterapia en compañía de su madre, quien refiere "mi hija presenta síndrome de shars y ha presentado hipoacusia y disminución de la visión y motricidad gruesa con los años"
DIAGNOSTICO MEDICO: Hipoacusia neurosensorial, bilateral
OBSERVACIÓN GENERAL: Presenta espasmo muscular severo en trapecio fibras superiores, presenta arcos de movilidad completos para cuatro extremidades, fuerza muscular generalizada de 2+/5 según Daniels; postura: incremento de la cifosis dorsal
ESTADO DE CONCIENCIA: Alerta
DOLOR: Manifiesta SI
Localización: región cervical Intensidad: 6/10 según EAV Frecuencia: Intermitente

ESFERA MENTAL SUPERIOR
ORIENTACIÓN Persona: CONSERVADA Tiempo: CONSERVADA Espacio: CONSERVADA
NOGSIAS Visual: CONSERVADA Táctil: CONSERVADA Auditiva: CONSERVADA Gustativa: CONSERVADA Olfativa: CONSERVADA
PRAXIS Ideaciones: CONSERVADA Ideo motora: CONSERVADA Construccional: CONSERVADA Orolingofacial: CONSERVADA
Comunicación: POR SEÑAS Lateralidad: DERECHA
SISTEMA SENSITIVO: CONSERVADO
SENSIBILIDAD SUPERFICIAL Tacto: CONSERVADA Dolor: CONSERVADA Temperatura: CONSERVADA
SENSIBILIDAD PROFUNDA Presión: CONSERVADA Vibración: CONSERVADA Propiocepción: CONSERVADA
SENSIBILIDAD CORTICAL Barognosia: CONSERVADA Esterognosia: CONSERVADA Topognosia: CONSERVADA Grafestesia: CONSERVADA Discriminación 2 puntos: CONSERVADA
SISTEMA MOTOR
Tono: No presenta variación Observación: No presenta variación Palpación: No presenta variación Movimiento: No presenta variación
CONTRACTURAS: Ninguna DEFORMIDADES: Ninguna
VALORACIÓN FUNCIONAL
DERECHO Cabeza: BUENO Hombro: BUENO Codo: BUENO Muñeca: BUENO Cadera: BUENO Rodilla: BUENO Cuello de pie: BUENO
IZQUIERDO Cabeza: BUENO Hombro: BUENO Codo: BUENO Muñeca: BUENO Cadera: BUENO Rodilla: BUENO Cuello de pie: BUENO
ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA (CAMBIOS DECÚBITO)
Supino a prono: ADOPTA/MANTIENE Prono a supino: ADOPTA/MANTIENE Sedente a cuadrúpedo: ADOPTA/MANTIENE Cuadrúpedo a rodillas: ADOPTA/MANTIENE Rodillas a bípedo: ADOPTA/MANTIENE
ACTIVIDAD MOTORA INVOLUNTARIA
MOVIMIENTOS ANORMALES: Temblor: NO Corea: NO Tics: NO Balismo: NO Ataxia: NO Estereotipados: NO Atetosis: NO
TRASLADOS: Independiente: SI Ayuda externa: NO Marcha: SI
COORDINACIÓN: Fina (viso manual): REGULAR Gruesa (visopedica): REGULAR
EQUILIBRIO DINÁMICO: REGULAR
EQUILIBRIO ESTÁTICO ANTEROPOSTERIOR Sedente: BUENO Cuadrúpedo: REGULAR Rodillas: REGULAR Bípedo: REGULAR
EQUILIBRIO ESTÁTICO LATERAL Sedente: BUENO Cuadrúpedo: REGULAR Rodillas: REGULAR Bípedo: REGULAR

TROFISMO: No evaluado
MARCHA
Apoyo de talón: Realiza Apoyo medio: Realiza Despegue de dedos: Realiza Cadencia: Realiza Discriminación de cinturas: Realiza Balanceo de brazos: Realiza
SISTEMAS COMPLEMENTARIOS: PIEL
PROPIEDADES TRÓFICAS
Coloración: CONSERVADA Sudoración: CONSERVADA Temperatura: CONSERVADA
PROPIEDADES MECÁNICAS
Elasticidad: CONSERVADA Extensibilidad: CONSERVADA Movilidad: CONSERVADA
Cicatriz: No Escaras: No Sistema urinario: Normal Sistema digestivo: Normal
Diagnóstico fisioterapéutico: Paciente de género femenino de 14 años, quien presenta alteración del dominio neuromuscular con deficiencia en las categorías de movilidad, fuerza, estabilidad y motricidad gruesa que le restringe para realizar actividades cotidianas
Pronóstico fisioterapéutico: Reservado
DIAGNÓSTICOS
Principal: H903-HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL Tipo: CONFIRMADO NUEVO
EVOLUCION TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 11 Hora de salida: 12 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Se realiza valoración fisioterapéutica inicial
TRABAJO REALIZADO: Se realiza valoración fisioterapéutica inicial
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se hace entrega del plan casero
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
Dr(a). KAREN LIZETH PRIETO BELTRÁN CC No. 1.073.518.716 - FISIOTERAPIA - R.M. 2403

FECHA CONSULTA: miércoles, 15 de septiembre de 2021 11:32:42 a. m. - EDAD: 14 años, 6 meses y 11 días
EVOLUCION TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 11 Hora de salida: 12 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Codo: Flexores, Extensores Muñeca: Flexores, Extensores
OTROS PROCEDIMIENTOS: Ejercicios resistidos para flexión y extensión de extremidades superiores con 20 repeticiones con banda elástica color azul
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Ejercicios concéntricos
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: H903-HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a). KAREN LIZETH PRIETO BELTRÁN CC No. 1.073.518.716 - FISIOTERAPIA - R.M. 2403

FECHA CONSULTA: jueves, 16 de septiembre de 2021 11:39:57 a. m. - EDAD: 14 años, 6 meses y 11 días
EVOLUCION TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 11 Hora de salida: 12 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: OTROS PROCEDIMIENTOS: entrenamiento de patrones fundamentales de carrera y salto de obstáculos
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Mecanoterapia, Reeducación de marcha
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Flexores, Extensores
OTROS PROCEDIMIENTOS: entrenamiento de patrones fundamentales de carrera y salto de obstáculos
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Mecanoterapia, Reeducación de marcha
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: H903-HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a). KAREN LIZETH PRIETO BELTRÁN CC No. 1.073.518.716 - FISIOTERAPIA - R.M. 2403
NOTA ACLARATORIA O COMPLEMENTARIA: viernes, 24 de septiembre de 2021 11:41:57 a. m.
Paciente que es incapacitada por presentar virosis, razón por la cual se suspende temporalmente de sus terapias.
Dr(a). KAREN LIZETH PRIETO BELTRÁN CC No. 1.073.518.716 - FISIOTERAPIA - R.M. 2403

IPS HUMANA - VITAL S A S
Especialistas en terapias
Nit 900.217.648-1
Karen Prieto

Humana Vital S.A.S

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Tatiana Ortega Martin **DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** TI. 1016616999

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
14/09/2021	11:00 am	Paciente que se encuentra en buenas condiciones en compañía de su madre, se realiza valoración fisioterapéutica inicial y del domicilio, además se explica consentimiento informado, derechos, deberes y plan casero; por último se resuelven dudas respecto a tratamiento y plan casero. La sesión termina sin complicaciones, queda estable en compañía de su madre.
15/09/2021	11:00 am	Paciente que se encuentra en buenas condiciones en compañía de su madre, se realizan ejercicios resistidos para flexión y extensión de extremidades superiores con ayudas con banda elástica color azul, además de estiramientos de cadena posterior de miembros superiores y se coloca vibración en hombros y región cervical por 5 minutos. La sesión termina sin complicaciones, paciente queda en compañía de su madre.
16/09/2021	11:00 am	Paciente que se encuentra en buenas condiciones, se realiza entrenamiento de patrones fundamentales de carrera y salto de obstáculos con retroalimentación de la alineación postural, además se realiza masaje transverso profundo en columna cervical. La sesión termina sin complicaciones, queda estable en compañía de su madre.

Karen Prieto Beltran
FISIOTERAPEUTA
C.C. 1.073.518.716

HUMANA-VITAL S.A.S NIT 900217648-1

HISTORIA DE ENFERMEDAD NEUROLOGICA

Historia Nº: 1016016999 Fecha de ingreso: 14/09/2021
Apellidos Ortega Martin Nombres Yuley Tatyana.
Documento de identidad: Tipo: TI Numero: 1016016999 Sexo: F x M
Fecha de nacimiento: Día: 13 Mes: 03 Año: 2007 Estado civil: Soltera
Municipio: Funza Barrio: Centro Dirección: Avenida 11 # 9-38
teléfono fijo: — Móvil: 3132575301 Correo electrónico: —
Empresa: — Ocupación: Estudiante
EPS: Famisanar Contributivo: — Subsidiado: x
Diagnóstico: Síndrome de Shars CIE10 H903 Nº terapias
Acompañante: Claudia Martin Parentesco: Madre Teléfono 3132575301

Entidad de salud por la que ingresa a la IPS: Alcaldía

Cronología de la enfermedad.

Fecha y hora de accidente de trabajo: —

Fecha de reconocimiento de enfermedad profesional: —

Fecha y hora de la enfermedad general: Desde nacimiento

Clínica de atención primaria: Clínica de la misericordia

Exámenes diagnósticos realizados: Optometra

Atención de médicos especialistas: Optometra

Tratamientos realizados: Farmacologico

Recomendaciones:

Resumen: " mp. hoga presenta síndrome de Shars y a presentado hipoacusia y desviación de la visión y miopia grave"

ANTECEDENTES:

Patológicos: Hipoacusia/ Desviación ocular Traumáticos: —
Tóxico - alérgicos: — Quirúrgicos: Colocación, Colocación.
Infecciosos: — Farmacológicos:

VALORACION TERAPEUTICA

Dolor: Región cervical
Escala Análoga Verbal 6/10.
Sensibilidad Superficial: Conservada
Sensibilidad profunda: Conservada
Espasmo: Trapecio superior Edema: No Inflamación: No

0169

HUMANA-VITAL S.A.S NIT 900217648-1

Retracciones Musculares: Moderado → Isquiotibiales

Atrofias musculares: No presenta.
Tono: Sin alteración

Marcha: Fase de apoyo: Choque de apoyo X Pie sobre el plano X Postura intermedia X Impulso X
Fase de balanceo: Aceleración X Oscilación X Desaceleración X
Aditamentos para la marcha: Ninguna.
Esferas mentales superiores: Alerta.
Nivel de conciencia: Orientada
Memoria: Conservada
Lenguaje: Sin señas

PRAXIAS		GNOSIAS	
○ Constructiva		Simples	○ Gustativas
○ Marcha			○ Visuales
○ Vestirse			○ Olfativas
○ Buco – lingual – facial			○ Auditivas
○ Escritura		Complejas	○ Viscoespaciales
			○ Esquema corporal

Movimiento involuntario

¿patológicos:
No presenta.

Movilidad articular:
Arcos de movilidad completos para cuatro extremidades.

Coordinación: Alteración leve.

Equilibrio: Alteración moderada.

Postura o actitud postural: Hiperlordosis dorsal

Otros sistemas: Buena visión, presenta acufeno

Observaciones:
Ninguna.

Diagnostico Fisioterapéutico: Paciente que presenta alteración del dominio estomatognático con deficiencia en la estabilidad, equilibrio y fuerza.

Firma terapeuta: [signature] Registro: 7103

FISIOTERAPEUTA
C.C. 1.073.518.716

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este documento sirve para que usted o quien lo represente de su consentimiento para el tratamiento de fisioterapia, esto significa que entiende en que consiste el tratamiento y nos autoriza a realizarlo.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee, firmarlo no lo obliga a terminar el tratamiento, de su rechazo no derivara ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención .Antes de firmar, es importante que lea despacio la siguiente información.

Dígenos si tiene alguna duda o necesita más información. La atenderemos con mucho gusto

El tratamiento de fisioterapia consiste en: (a usted se le realizara lo que se encuentra marcado con una X en el cuadro de la izquierda)

- ☑ Terapia sedativa: masaje, estimulación eléctrica transcutanea (TENS), ultrasonido, laser, vibración, calor superficial, crioterapia (frio). En este caso a usted se le va a omitir: _____
- ☑ Movilidad articular.
- ☑ Ejercicios activos
- ☑ Fortalecimiento
- ☑ Estiramientos
- ☐ Pliométricos (ejercicios para dar estabilidad a las articulaciones)

Se espera obtener de la terapia;

- ☑ Disminución del dolor
- ☑ Aumento de arcos de movimiento
- ☑ Incremento en la fuerza
- ☑ Mejorar la estabilidad articular

Otros: _____

Esperamos lograr el (indicar en porcentaje) 10 % de su recuperación.

Durante el tratamiento usted puede;

- ✓ Sentir malestar o incremento del dolor después del primer día de fisioterapia
- ✓ Dolor e inflamación con cada nuevo ejercicio.

Humana-vital s.a.s y sus profesionales no se hacen responsables de su tratamiento si:

- ✓ Usted no cumple con el número de terapias asignadas por el especialista teniendo en cuenta la continuidad, el tiempo y la actitud.
- ✓ Usted no sigue los consejos de la terapeuta y no realiza los planes caseros dados por el profesional.
- ✓ Acude a alguna persona que no tenga formación profesional en salud, eje; sobanderos, chamanes, rezanderos, etc..

Fecha: 24/09/21 Hora 11:00 am N° de terapias: 3 Diagnostico: Hipoacusia neurosensorial.

Yo Claudia Martin con documento de identidad: 1073504235 como (parentesco con el paciente) madre en calidad de responsable del paciente (nombre del paciente) Tatiana Ortega con documento de identidad (del paciente) _____ Después de leído este documento autorizo al profesional de fisioterapia de Humana-Vital s.a.s a realizar el tratamiento propuesto.

IPS HUMANA - VITAL S
Especialistas en terap
Nit. 900.217 648 - 1

Claudia Martin

Firma del paciente

Cc 1073504235

Karen Pinto

Firma de la terapeuta

Cc. 1073516876 Registro 2402

HUMANA-VITAL S.A.S NIT 900217648-1

Fecha 14/09/2021 hora 11:00 am N° de terapias 3

Nombre: Tatiana Ortega Martin Cedula: 1016016999

✓ **PARA REALIZAR UNA TERAPIA APROPIADA SU TERAPEUTA NECESITA SABER SI USTED A PADECIDO O PADECE ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES. (Marque con una X)**

	NO	SI		NO	SI
SIDA O VIH	X		CÓLERA	X	
HERPES	X		H1N1	X	
DIFTERIA	X		HEPATITIS	X	
NEUMONÍA		X	VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)	X	
TUBERCULOSIS	X		CÁNCER	X	

✓ **CONOCIMIENTO DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES**

Yo Claudia Martin con N° de cedula 1073504235

En calidad de paciente o responsable de este, confirmo que conozco mis **DERECHOS Y DEBERES** que tengo ante la IPS HUMANA VITAL S.A.S con NIT 900217648-1 Desde el primer día en que acudí a la institución y antes de iniciar el tratamiento.

1073504235

Firma del paciente o responsable

Autorización para el tratamiento de datos personales

0172

Trabajadores de la IPS

Con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por la IPS HUMANA VITAL S.A.S que:

1. HUMANA VITAL S.A.S actuará como responsable del tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrán recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme a la política de tratamiento de datos personales de HUMANA VITAL S.A.S que se encuentran en la página web www.humanavital.com
2. Es de carácter facultativo responder preguntas que versen sobre datos sensibles.
3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.
4. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales gratuitos dispuestos en HUMANA VITAL S.A.S y observando la política de tratamiento de datos personales de la IPS.
5. Para cualquier inquietud o información adicional relacionada con el tratamiento de datos personales, puedo contactarme al correo electrónico servicioalcliente@humanavital.com
6. HUMANA VITAL S.A.S garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reserva el derecho de modificar su política de tratamiento de datos personales en cualquier momento.

Cualquier cambio será notificado a través del medio de comunicación que HUMANA VITAL S.A.S considere más adecuado para tal efecto, (por ejemplo correo electrónico, comunicación directa y/o anuncio en nuestra página web)

Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a HUMANA VITAL S.A.S para tratar mis datos personales de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales de la IPS y para fines relacionados con su objeto social y en especial para fines legales, contractuales, comerciales descritos en la política de tratamiento de datos personales de las compañías. La información obtenida para tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

FECHA EN QUE SE FIRMA ESTE DOCUMENTO: 14/09/2021

Firma: 1073504235

Nombre: Claudia Marton

Número de identificación: 1073504235

	PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL		
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCION DE USUARIOS DOMICILIARIOS		
	VERSION: 01	CODIGO: HV S 031	ELABORADO: COORDINACION: MAYO 2019 REVISADO Y APROBADO: GERENCIA MATO 2019

AUTORIZACIÓN

Yo Claudia Martin identificado con cc 1073504235 autorizo a la IPS HUMANA VITAL S.A.S para toma de fotos como soporte de evidencia de las actividades institucionales que se desarrollan.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Tatiana Ortega M. IDENTIFICACION 1016016999

FIRMA 1073504235

FECHA: 4/Oct/2021 HORA: 11 am ALCALDIA X PARTICULAR ARL

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

TERAPEUTA RESPONSABLE: Karen Pinto

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Tatiana Ortega M **IDENTIFICACION** 1016016999

FECHA: 14/09/2021 **HORA:** 11 am **ALCALDIA** x **PARTICULAR** _____ **ARL** _____

DOCUMENTOS ENTREGADOS	FIRMA
DEBERES Y DERECHOS	1073504235
CONSENTIMIENTO INFORMADO	1073504235
POLÍTICAS DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS	1073504235
PLAN CASERO	1073504235
AUTORIZACION DE REGISTRO FOTOGRAFICO	1073504235

HUMANA-VITAL S.A.S NIT 900217648-1

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 14 /09 /2021 HORA: 11 am

NOMBRE DEL PACIENTE: Tatiana Ortega Martin Cédula: 1016016999

DIAGNOSTICO: Hipoacusia multisensorial.

DIRECCIÓN: Avenida 11 # 9 - 38

El domicilio cuenta:

SERVICIOS	SI	NO
1. Acueducto y alcantarillado	X	
2. Luz	X	
ESPACIO		
3. Ventilación óptima	X	
4. Normas de higiene básica	X	
5. Es suficientemente amplio para el paciente, la terapeuta y un acompañante	X	
6. Cuenta con tomas eléctricas en buen estado	X	
7. Normas de seguridad básicas para el paciente (Pisos, baños, escaleras)	X	
8. Muebles del entorno del paciente en buen estado	X	
9. Cama en buen estado	X.	
ACCESO		
10. Existe medios de transporte que lleguen o aproximen al domicilio.	X	
11. Las vías cerca al domicilio son transitables.	X	
12. El entorno donde se encuentra ubicado el domicilio es seguro (índice de delincuencia mínima)	X.	

OBSERVACIONES: _____

¿Se puede realizar la terapia en el domicilio evaluado? SI X NO _____

Si su respuesta es NO describa por qué: _____

Datos del evaluador:

NOMBRE: Karen Reto Cedula: 1073518716

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Claudia Martin Cedula: 1073504235

Parentesco del paciente: Madre Firma: 1073504235

Escala de MORSE

ITEM	ESCALA	PUNTAJE
Antecedentes de caídas recientes en los últimos tres meses	NO Puntaje 0 SI Puntaje 25	0
Diagnostico secundario	NO Puntaje 0 SI Puntaje 15	15
Ayuda para deambular: • Reposo en cama/ asistencia de enfermería • Bastón/muletas/caminador. • Se apoya en los muebles.	Puntaje 0 Puntaje 15 Puntaje 30	30
Vía Venosa	NO Puntaje 0 SI Puntaje 20	0
Marcha: • Normal/en reposo/en cama • Débil • Alterada requiere asistencia	Puntaje 0 Puntaje 10 Puntaje 20	10
Conciencia-estado mental: • Consiente de sus capacidades y limitaciones • No consiente de sus limitaciones	Puntaje 0 Puntaje 15	15
	TOTAL	70